VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 17)
z dnia 22 czerwca 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 17)

22 czerwca 2016 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, i **Sławomira Zawiślaka (PiS),** zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów;

– informacja o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym";

– rozpatrzenie Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli (druk nr 618) w zakresie działania Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jarosław Pinkas** sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Bojanowska** podsekretarz stanu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Grażyna Marciniak** wiceprezes Głównego Urzędu Statystycznego wraz ze współpracownikami, **Jacek Uczkiewicz** wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, **Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska** członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Janusz Piłatowicz** zastępca dyrektora Centrum Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Elwira Żyżyniewska-Banaszak** członek Rady ds. Polityki Senioralnej Domu Pomocy Społecznej Instytutu Medycznego JP II**, Anna Jakrzewska-Sawińska** dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej**, Katarzyna Lenkiewicz -Pientek** sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Janusz Czyż** przewodniczący Zarządu Oddziału Okręgowego PZERiI Warszawa, **Helena Szczech** przewodnicząca Oddziału PZERiI Warszawa-Białołęka, **Maria Barcikowska-Kotowicz** dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, **Izabela Kaptacz** konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, **Jerzy Stochmiałek** członek Rady Polityki Senioralnej przy MRPiPS**, Urszula Stanowska** członek Zespołu Ekspertów ds. Polityki Senioralnej, **Krystyna Lewkowicz** przewodnicząca Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Renata Ekielska** sekretarz Komisji Organizacyjno-Prawnej OPS, **Zbigniew Trzeciak** członek Zarządu Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego sp. z o.o., **Iwona Czech** Betamed SA Katowice, **Małgorzata Musiał** członek Stowarzyszenia „mali bracia Ubogich", **Jakub Gołąb** członek Zarządu Fundacji Zdrowego Starzenia, **Jolanta Szmidt** członek Rady ds. Polityki Senioralnej, **Elżbieta Wiśniewska** przewodnicząca Gminnej Rady Seniorów Dzielnicy Wilanów, Marek Bryłowski wiceprzewodniczący WSR, **Zofia Marszałek** członek B. Rady Seniorów, **Krystyna Lasek** członek Rady ds. Polityki Senioralnej, **Teresa Wójcik-Wyrzykomska** członek Wolskiej i Warszawskiej Rady Seniorów, **Wiesława Schubert-Figarska** członek Rady Seniorów Bemowo, **Sławomir Sobalski** prezes Zarządu Stowarzyszenia Ochockiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku „Omega", **Mariola Dobosz** prezes Stołecznego UTW, **Anna Dawidowicz** wiceprezes UTW im. Haliny Szwarc, **Janusz Sadomski** członek, wykładowca MUTW Warszawa, **Halina Pawełek** członek Zarządu UTW Łowicka 21, **Mariola Godlewska** wiceprezes UTW Woli i Bemowa, **Andrzej Blus** wiceprezes TUTW Ursus, **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji oraz **Dominika Górnicka** – asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska i Anna Czechowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Witam państwa serdecznie na 17. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Otwieram posiedzenie Komisji. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Jednocześnie chciałbym przeprosić w imieniu pani przewodniczącej poseł Małgorzaty Zwiercan, która spóźni się chwilkę na dzisiejsze posiedzenie, ale będzie i przejmie prowadzenie obrad. Witam panie i panów posłów, witam zaproszonych gości, przedstawicieli Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, na czele z panią minister Elżbietą Bojanowską, podsekretarzem stanu w tymże ministerstwie, oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, na czele z panem ministrem Jarosławem Pinkasem, sekretarzem stanu MZ. Witam przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, na czele z panem Jackiem Uczkiewiczem, wiceprezesem NIK, panią Grażynę Marciniak, wiceprezesa GUS oraz wszystkich pozostałych gości tak licznie przybyłych na dzisiejsze posiedzenie. Porządek obrad przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na temat sytuacji osób chorych na choroby otępienne i chorobę Alzheimera oraz wsparcia dla ich opiekunów. W tym punkcie referują pan Jarosław Pinkas, sekretarz stanu MZ, oraz z upoważnienia pani minister Elżbiety Bojanowskiej pani dyrektor Marzena Bartosiewicz z MRPiPS. Drugi punkt naszego porządku dziennego to informacja o wynikach kontroli NIK „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym". Ten punkt referuje pan prezes NIK Jacek Uczkiewicz. Trzeci punkt to rozpatrzenie Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli (druk nr 618) w zakresie działania Komisji. Referuje również pan prezes Jacek Uczkiewicz. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę, stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego.

Proszę o zabranie głosu – pani minister chyba wyszła, nie, jeszcze jest. Pan minister będzie pierwszy referował? Proszę wobec tego o zabranie głosu pana Jarosława Pinkasa, sekretarza stanu MZ, i przedstawienie informacji z pierwszego punktu naszego porządku dziennego. Proszę bardzo, panie ministrze.

Sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Z uwagi na zachodzące zmiany demograficzne oraz postępujący proces starzenia się społeczeństwa obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób chorych na choroby otępienne i choroby Alzheimera. Wiąże się to nie tylko ze zwiększeniem zapotrzebowania na świadczenia przeznaczone dla tych osób, ale również z systematycznym wzrostem nakładów finansowych, jakie NFZ przeznacza na refundowanie świadczeń medycznych oraz dla osób z przedmiotowymi jednostkami chorobowymi we wszystkich rodzajach.

Opiekę medyczną nad osobami z chorobą Alzheimera w miejscu ich zamieszkania koordynują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, leczenie jest prowadzone w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przypadku, gdy cel leczenia nie może być osiągnięty w ramach leczenia ambulatoryjnego, lekarz powinien skierować pacjenta na leczenie szpitalne. Kompleksowa opieka nad osobami z chorobą Alzheimera nie została wyodrębniona, jednak wszystkie elementy tej opieki są dostępne. Liczba udzielonych świadczeń dla tych pacjentów wzrosła z 452 tys. w 2010 r. do 576 tys. w r. 2015. Koszty refundacji również się zwiększyły, z ponad 155 mln zł w 2010 r. do 189 mln zł w 2015 r. Pacjentom z chorobą Alzheimera przysługuje refundacja leków zawierających donepezil lub rywastygminę. Leki te stosowane są w leczeniu choroby Alzheimera i dostępne za odpłatnością 30% do wysokości limitu finansowania i za dopłatą wysokości różnicy między ceną detaliczną a limitem finansowania.

Zaznaczyć należy, że w ramach projektu Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój powstaną mapy potrzeb zdrowotnych dla grupy chorób układu nerwowego neurologicznych wieku starczego. Do końca br. zostanie opublikowany zbiór

danych i analiz dla stworzenia 16 regionalnych map potrzeb zdrowotnych oraz mapy ogólnopolskiej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz lecznictwa zamkniętego dla wyżej wymienionych grupy chorób.

Opiekę nad osobami chorującymi na alzheimera mogą sprawować specjaliści z dziedziny psychiatrii posiadający wiedzę m.in. z zakresu zasad psychiatrii wieku podeszłego; z dziedziny neurologii posiadający umiejętność rozpoznawania i leczenia chorób układu nerwowego oraz samodzielnego rozwiązywania wszystkich problemów klinicznych występujących w neurologii w zakresie diagnostyki, zapobiegania, leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, poradnictwa, rehabilitacji, a także biorą udział w profilaktyce chorób układu nerwowego o charakterze społecznym, takich jak udary mózgu, udary, padaczka, otępienie, miażdżyca i niepełnosprawność; z dziedziny chorób wewnętrznych posiadający wiedzę dotyczącą choroby Alzheimera, otępienia naczyniopochodnego i mieszanego oraz zespołów psychogeriatrycznych; z dziedziny geriatrii nabywający wiedzę w zakresie chorób wewnętrznych oraz geriatrii, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń neurologicznych wieku podeszłego, w tym zespołów otępiennych; z dziedziny medycyny rodzinnej posiadający wiedzę z zakresu specyficznych problemów wieku podeszłego, w tym zaburzeń psychicznych, przebiegu zespołu otępiennego.

W każdej wymienionej dziedzinie wzrosła w ciągu ostatnich lat liczba specjalistów. Liczba psychiatrów z 2569 w 2008 r. zwiększyła się do 3188 w 2015 r., podobnie przedstawia się zestawienie liczby neurologów – odnotowano wzrost z 2635 w 2008 r. do 3293 w 2015 r. Na przestrzeni wymienionych lat liczba specjalistów chorób wewnętrznych wzrosła o ponad 3 tysiące, geriatrów z 202 do 338, a specjalistów medycyny rodzinnej z 9131 do10 529.

Pielęgniarki chcące uzyskać wysoką jakość udzielanych świadczeń mogą uczestniczyć w szkoleniach mających na celu podniesienie wiedzy w zakresie opieki nad osobami z chorobą Alzheimera. Z informacji uzyskanych w Centrum Kształcenia Podyplomowego wynika, że w programach kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek treści, których realizacja może wpłynąć na poprawę stanu osób chorych na choroby otępienne i choroby Alzheimera, zostały ujęte w następujących, aktualnie obowiązujących szczegółowych programach kształcenia podyplomowego pielęgniarek. Po pierwsze szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, po drugie szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, po trzecie szkolenie specjalizacyjne kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, po czwarte szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, po piąte szkolenie specjalizacyjne i kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, po szóste kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego, po siódme kurs specjalistyczny rehabilitacji osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Podnoszenie kwalifikacji kadry medycznej oraz szkolenie specjalistów w zakresie opieki nad osobami z chorobą Alzheimera finansowo wspierane jest również ze źródeł unijnych. Biorąc pod uwagę lata 2007-2013, zrealizowano dwa projekty: kurs doskonalący w zakresie projektu Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, który był realizowany przez MZ w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Ukończyło go 1368 lekarzy POZ, 2176 fizjoterapeutów, pomad 4 tysiące pielęgniarek i 467 opiekunów medycznych oraz 163 terapeutów środowiskowych.

Odnosząc się do projektu Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa, który był realizowany przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, z kursu specjalistycznego kompleksowa pielęgniarska opieka nad pacjentem z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego skorzystało łącznie 12 876 pielęgniarek.

W perspektywie finansowej na lata 2014-2020 zaplanowano realizację poniższych projektów:

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi;

Kształcenie specjalistyczne lekarzy w dziedzinach istotnych w punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych;

Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy zatrudnionych w placówkach POZ;

Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych w III kwartale 2016 r.

Należy wskazać, że MZ dofinansuje również programy: Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Jeden z projektów realizowanych w ramach wcześniej wspomnianych programów przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Sanatorium im. Jana Pawła II w Górnie jest skierowany w sposób szczególny do osób chorych na Alzheimera i ich opiekunów. Z myślą o nich, jako jednym z elementów, prowadzone są warsztaty terapeutyczno-artystyczne dla pacjentów i ich rodzin, wykłady, poradniki, dni alzheimerowskie oraz spotkania grup wsparcia.

Działania prowadzone na szczeblu centralnym uzupełnia działalność samorządów lokalnych. W latach 2010-2013 realizowane były samorządowe programy polityki zdrowotnej skierowane do osób chorych na Alzheimera i ich rodzin, w tym m.in.:

Integracja środowiskowa, rehabilitacja i terapia dla osób z zespołami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera w województwie śląskim;

Grupy wsparcia i rehabilitacja osób z chorobą Alzheimera – działalność pielęgnacyjna, rehabilitacyjna, edukacyjna (województwo pomorskie);

Grupy wsparcia i rehabilitacja osób z chorobą Alzheimera (województwo pomorskie, w 2014 r. był realizowany);

„Warto być” – program wsparcia dla osób z chorobą otępienną oraz ich opiekunów (województwo pomorskie w 2014 r.);

Zorganizowanie i przeprowadzenie badań przesiewowych na chorobę Alzheimera dla mieszkańców Katowic (województwo śląskie, 2014 r.).

Osoby z chorobą Alzheimera są grupą pacjentów, których liczba nieustannie się powiększa. Z uwagi na to MZ stara się im zapewnić kompleksową opiekę. Jako resort dołożymy wszelkich starań, aby sprostać aktualnie zachodzącym trendom demograficznym. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Teraz poproszę panią dyrektor Marzenę Bartosiewicz z MRPiPS, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora w Departamencie Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS Marzena Bartosiewicz:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowna pani przewodnicząca, szanowne panie i panowie posłowie. System pomocy społecznej jest systemem domykającym, który skupia się na udzielaniu pomocy dla osób z chorobami otępiennymi w tym chorujących na choroby Alzheimera, głównie na świadczeniu usług środowiskowych. Osoby te korzystają z systemu pomocy społecznej na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej, które mówią, że osobom i rodzinom udziela się pomocy m.in. z powodu niepełnosprawności, długotrwałej choroby lub ciężkiej choroby, ubóstwa, a także bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych. Jednoczesne występowanie w rodzinie chorób z omawianego zakresu jest uznawane przez pracowników socjalnych ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie za przesłankę objęcia osoby lub jej rodziny pomocą na podstawie ustawy o pomocy społecznej.

Należy jednakże stwierdzić, że w sprawozdawczości prowadzonej przez MRPiPS osoby z chorobami otępiennymi, w tym z chorobami Alzheimera nie są oddzielną grupą, która jest ujęta w statystyce, dlatego też wystąpiliśmy do urzędów wojewódzkich z prośbą, aby za pośrednictwem jednostek organizacyjnych pomocy społecznej zebrały nam informacje na temat świadczonej pomocy. Szacunki liczby osób chorych na choroby otępienne i choroby Alzheimera objęte pomocą społeczną opierają się w zasadzie na diagnozach lekarskich

dołączonych do dokumentacji w sprawie przyznania pomocy oraz na wiedzy pracowników socjalnych czy też innych pracowników świadczących usługi w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, i mają postać np. rodzinnych wywiadów środowiskowych czy obserwacji pracowników jednostek. Dodatkowo należy stwierdzić, że nie wszystkie osoby czy też ich rodziny chcą mówić i chcą ujawniać informacje na temat stanu zdrowia. Dlatego też myślę, że przedstawione za chwilę informacje są bardzo zaniżone.

Według właśnie tego sprawozdania, pomocy na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej w 2015 r. udzielono prawie 36 tys. osób chorujących na choroby otępienne i choroby Alzheimera. Koszt udzielonych świadczeń został oszacowany prawie na 400 mln zł i są to świadczenia niepieniężne i pieniężne. Do świadczeń niepieniężnych, i to jest właśnie to, na co głównie zwracamy uwagę, należą usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze. Z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w 2015 r. skorzystało ponad 16 tys. osób, koszt tych usług oszacowano na ponad 80 mln zł.

Następna forma wsparcia to ośrodki wsparcia. Są to m.in. środowiskowy dom samopomocy, klub samopomocy i dzienny dom pomocy. Placówki te mogą być przeznaczone dla różnej kategorii osób, w zależności od potrzeb występujących na danym terenie, również dla osób z chorobą Alzheimera. Dzienne domy pomocy są prowadzone i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego w ramach zadań własnych, a środowiskowe domy samopomocy są prowadzone przed samorządy – gminę lub powiat i jest to zadanie zlecone, a środki na realizację tego zadania planuje w swoim budżecie wojewoda, zaś tworzenie nowych miejsc w środowiskowych domach pomocy planowane jest corocznie w budżecie państwa jako rezerwa celowa. Corocznie mimo ograniczonych środków budżetowych przybywa około tysiąca miejsc w środowiskowych domach samopomocy społecznej, przede wszystkim w domach samopomocy, i tę formę wsparcia traktujemy jako priorytetową; chyba dlatego w dalszym ciągu pozostaje ona jako zadanie zlecone samorządu. W 2015 r. z usług świadczonych w ośrodkach wsparcia skorzystało ponad 5 tys. osób chorujących na choroby otępienne i choroby Alzheimera, z czego 3420 były to osoby, które uczestniczyły w zajęciach w środowiskowych domach samopomocy, zaś prawie 2 tys. w innych ośrodkach wsparcia.

Następna forma pomocy, wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, to mieszkania chronione – przeznaczone dla osób niesamodzielnych, które w warunkach zbliżonych do domowych są przygotowywane pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia. Zgodnie z szacunkami przekazanymi przez wydziały polityki społecznej urzędów wojewódzkich w 2015 r. w takich mieszkaniach chronionych przebywały 74 osoby chorujące na choroby otępienne i choroby Alzheimera.

Następna forma to rodzinne domy pomocy. To jest specjalna forma usług opiekuńczych i bytowych, świadczonych przez osoby w jej miejscu zamieszkania w ramach działalności gospodarczej, nie mniej niż dla trzech osób i nie więcej niż dla ośmiu osób wymagających wsparcia. Jest to absolutnie forma rodzinna i w rodzinnych domach pomocy, według danych w 2015 r. przebywały, mieszkały 72 osoby z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera.

Duże zadanie, zadanie własne samorządów powiatowych, to domy pomocy społecznej. Tam przebywają osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę, niepełnosprawność. Mają one prawo do mieszkania w tych placówkach. Są to placówki całodobowe, zapewniające usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Obecnie, bodajże od dwóch lat, wszystkie domy pomocy społecznej, a jest ich ponad 800 na terenie naszego kraju, realizują zadania w ramach obowiązującego standardu. W 2015 r. w DPS przebywało 18 658 osób z chorobami otępiennymi i chorobami Alzheimera.

Kolejna forma niepieniężna, którą świadczy pomoc społeczna, to praca socjalna, która ma na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności funkcjonowania w społeczeństwie. Praca socjalna może być prowadzona na podstawie kontraktu socjalnego, wypełnienie zobowiązań tego kontraktu ma prowadzić do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej. Jak podają wojewodowie, praca socjalna była świadczona w 2015 r. wobec prawie 37 tys. osób z chorobami otępiennymi i chorobą Alzheimera.

Poradnictwo – to znowu nasze duże zadanie, które może być udzielane bez względu na dochód w ramach świadczeń niepieniężnych. Szacunki pokazują, że z poradnictwa zarówno na poziomie gmin, jak i powiatów w ramach specjalistycznego poradnictwa skorzystało ponad 5 tys. osób z chorobami otępiennymi i chorobami Alzheimera.

Ze świadczeń pieniężnych warto wymienić zasiłek stały – pamiętając jednakże, że osobom, o których dzisiaj mówimy, przyznaje się świadczenia na ogólnie przyjętych zasadach. W 2015 r. ponad 6700 osób otrzymało zasiłek stały na kwotę ponad 31 mln zł.

Zasiłek okresowy to kolejna forma przeznaczona dla osób, które nie przekraczają ustawowego kryterium dochodowego. Zgodnie z danymi prawie 8 tys. osób otrzymało zasiłek okresowy na ogólną roczną kwotę ponad 14 mln zł.

Zasiłek celowy jako zadanie własne samorządów gminnych, jest przyznawany na konkretny cel, czyli np. na opał, lekarstwa, opłaty mediów. Z takiego świadczenia, z tej formy wsparcia skorzystało prawie 14 tys. osób.

Kolejną pomocą świadczoną dla osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobą Alzheimera, są świadczenia na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych. Zgodnie z obowiązującymi przepisami podstawowe świadczenie skierowane do osób niepełnosprawnych i ich opiekunów to świadczenie opiekuńcze, czyli zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy. Prawo do tych świadczeń związane jest z odpowiednim orzeczeniem o niepełnosprawności lub w przypadku zasiłku pielęgnacyjnego, z ukończeniem 75. roku życia. Świadczeniami opiekuńczymi, o które mogą się ubiegać osoby sprawujące opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, nad niepełnosprawnymi członkami rodzin, jest świadczenie pielęgnacyjne oraz specjalny zasiłek opiekuńczy. Świadczenie pielęgnacyjne to 1300 zł miesięcznie, zasiłek opiekuńczy 520 zł.

W tej części świadczeń rodzinnych – wiemy o tym doskonale i dyskutujemy o tym już od jakiegoś czasu – ustawa, czyli zapewnienie osobom wymagającym wsparcia, pomocy, nie jest doskonała, w związku z tym w MRPiPS prowadzone są analizy możliwych do wprowadzenia zmian w systemie wsparcia osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz opiekunów osób niepełnosprawnych. Prace nad możliwymi do wprowadzenia zmianami w systemie wsparcia prowadzone są w ramach powołanego 12 stycznia br. zespołu. Pragnę państwa poinformować, że pracownicy MRPiPS , jego przedstawiciele biorą również udział w pracach powołanego przez panią premier międzyresortowego zespołu ds. osób niepełnosprawnych, w którego skład weszli również przedstawiciele resortów zdrowia i edukacji. Celem tego zespołu będzie wypracowanie kompleksowych rozwiązań wsparcia osób niepełnosprawnych od momentu urodzenia aż po starość.

O zmianach i o projektowanych zmianach pewnie dużo za wcześnie mówić, ale mamy nadzieję, że w niedługim czasie spotkamy się na posiedzeniach różnych Komisji i będziemy procedować zaproponowane przez rząd zmiany.

Kolejny obszar realizowany w ramach MRPiPS, który jest skierowany do osób z chorobami otępiennymi, w tym z chorobami Alzheimera, to rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, w skrócie zwany ASOS. Jest to program realizowany od 2012 r., na który zaplanowaliśmy łącznie środki w wysokości 280 mln zł (40 mln rocznie). Do programu mogą przystąpić organizacje pozarządowe i inne podmioty, które mogą uzyskać wsparcie w wysokości od 20 do 200 tys. zł w czterech priorytetach, czy w czterech obszarach: edukacja osób starszych, aktywność społeczna promująca integrację wewnątrz- i międzypokoleniową, partycypacja społeczna osób starszych i usługi społeczne dla osób starszych. W materiale przekazanym przez MRPiPS wymieniliśmy z nazwy podmioty w poszczególnych latach, które otrzymały wsparcie; jest ono kierowane do osób z chorobami otępiennymi. Państwo widzą, że w zasadzie nie mamy się czym pochwalić, ponieważ tych projektów skierowanych wprost do takich osób było bardzo niewiele, niemniej w tegorocznej edycji programu ASOS, w porównaniu do lat 2012-2015, zmianie uległa alokacja środków w ramach budżetu dedykowanego w podziale na poszczególne priorytety, co, mamy nadzieję, przyczyni się do zwiększenia liczby projektów dotyczących poprawy sytuacji opiekunów osób chorych na choroby otępienne i choroby Alzheimera. Ślicznie dziękuję, myślę, że reszta w ewentualnych pytaniach i odpowiedziach.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Otwieram dyskusję. Do zadawania pytań proszę posłów, następnie gości. Przyjmujemy, że będzie to 12 osób i czas zadania pytania w granicach półtorej minuty. Bardzo proszę, czy są posłowie, którzy chcą zadać pytanie? Wiem, że pan Michał tak. Czy inni posłowie również? Nie widzę. Najpierw pan przewodniczący Michał Szczerba, następnie nasi goście.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni goście. Temat, który dzisiaj wspólnie podejmujemy, sytuacja osób starszych chorych na choroby Alzheimera i choroby otępienne, jest niezwykłej wagi, bardzo dobrze więc, że naszymi gośćmi są przedstawiciele MZ i MRPiPS. Przede wszystkim, jeżeli mówimy o polityce senioralnej, o konieczności integrowania działań o charakterze społecznym z działaniami o charakterze zdrowotnym, to jak w soczewce widać, że właśnie chorzy na choroby Alzheimera i choroby otępienne potrzebują tego typu integracji, współpracy w zakresie polityki zdrowotnej i polityki społecznej. Co jest bardzo ważne i co chciałbym bardzo wyraźnie powiedzieć – w Polsce nie ma i nie było właściwych działań wobec tej grupy chorych z punktu widzenia medycznego i z punktu widzenia społecznego. Można również powiedzieć, i mówię to z całą świadomością, że chory na chorobę Alzheimera jest dyskryminowany w systemie opieki zdrowotnej, także z uwagi na jego sytuację zdrowotną i ten rodzaj otępienia, który u niego występuje. Myślę, że dobrym materiałem poznawczym dla nas będzie raport NIK, który jest przygotowywany na zlecenie naszej Komisji w poprzedniej kadencji, a który uwzględnia sytuację osób chorych na Alzheimera, jak również sytuację ich opiekunów. Mamy bowiem pełną świadomość, że osoby chore są z czasem zdane wyłącznie na dobrą wolę otoczenia i mamy również pełną świadomość, że w Polsce brakuje profesjonalnych instytucjonalnych placówek dla tej grupy chorych i cały ciężar opieki spada na rodzinę chorego, najczęściej współmałżonka lub dzieci, a wszyscy wiemy, że wieloletnia opieka nad chorymi stwarza opiekunowi wielorakie obciążenia.

To nie jest oczywiście żaden zarzut kierowany do pana ministra i do aktualnej ekipy rządowej, bo każda ekipa rządowa powinna się uderzyć w piersi. Dokumenty, które były wypracowywane przez środowisko rodzin osób chorych na choroby Alzheimera i które przygotowały kiedyś polski program alzheimerowski, nie spotkały się z żadnym konstruktywnym wsparciem ze strony rządu. Postulaty, które były formułowane przez rząd, także w okresie polskiej prezydencji, w zakresie prac związanych z chorobami mózgu, również nie zostały w żaden sposób przygotowane i sformułowane, mimo tego że istnieją dobre wzorce w krajach UE, które pokazują, że są programy rządowe i narodowe programy poświęcone chorobie Alzheimera. W Polsce takich działań ze strony rządu nie było i nie ma. W związku z powyższym pojawia się pytanie – czy w tym obszarze planujemy jakieś konkretne działania, które byłyby pewnego rodzaju działaniem dla tej grupy chorych?

Druga rzecz, na którą chciałem zwrócić uwagę – jest z nami pani profesor Maria Barcikowska-Kotowicz, która jest najlepszym wśród nas ekspertem od tej choroby – wszystkie dostępne dokumenty pokazują, że w pierwszej fazie stadium choroby, która trwa zazwyczaj od dwóch do pięciu lat, tylko u 20% chorych następuje właściwe postawienie diagnozy przez lekarza, co powoduje również, że pozostali chorzy nie są leczeni i nie korzystają z tych różnych możliwości, jakie oferuje współczesna medycyna, których celem jest spowolnienie tej choroby.

Rzeczą, o której warto również wspomnieć, jest jeszcze jedna kwestia, o czym mówiła pani dyrektor z MRPiPS, że w Polsce, jeśli chodzi o tę grupę chorych i tę grupę opiekunów chorych, bardzo często jest tak, że ustanowiony bardzo niski próg kryterium dochodowego, który warunkuje ewentualne skorzystanie z formy „domy pobytu dziennego dla chorych”, nie jest wykorzystywany przez rodzinę ze względów finansowych.

No i cóż? Uważam, że nasza Komisja, mimo iż nie jest Komisją Zdrowia, powinna w szczególny sposób tę sprawę monitorować. Będziemy oczekiwać od strony rządowej konkretnych działań, do których się zobowiązał rząd, także w perspektywie wieloletniej, także w założeniach długofalowej polityki senioralnej państwa do roku 2020, aby ta sfera

usług społecznych i usług zdrowotnych była realizowana w sposób bardzo kompleksowy. Liczymy również, że informacja rządu, która będzie przedstawiana w związku z ustawą o osobach starszych do 31 października, będzie uwzględniała sytuację osób chorych na choroby Alzheimera. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Poproszę teraz panią poseł Joannę Borowiak.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, wielce szanowni goście. Chciałabym na początku bardzo serdecznie podziękować MZ oraz MRPiPS za bardzo wyczerpujący materiał dotyczący sytuacji osób chorych na choroby otępienne i choroby Alzheimera, a także wsparcia, jakie jest udzielane ich opiekunom. Wiemy, drodzy państwo, nie tylko z dostarczonych przez resorty materiałów, że wszystko wskazuje na to, że jest wzrost zapotrzebowania na świadczenia dla osób z tymi schorzeniami. To się również wiąże z ogromnym, coraz większym zapotrzebowaniem na nakłady finansowe, bo wiemy doskonale, że pomoc głównie – nie wyłącznie ale głównie – opiera się na środkach finansowych. I wciąż potrzeba ich więcej.

Resorty, jak widać z dostarczonej informacji, czynią wszystko, by nie tylko diagnozować problem, ale też zaradzić mu w sposób jak najbardziej satysfakcjonujący i może nie osobom chorym w tym przypadku, ale przede wszystkim ich najbliższym podnieść, poprawić jakość życia.

Bardzo ważne jest również to, co możemy wyczytać z tej informacji, ale także zaobserwować, że istotna jest nie tylko kwestia leczenia, ale też kwestia zapobiegania, profilaktyki. Wiemy, że w tym przypadku jest to również ogromna rola dla samych seniorów, dla programów aktywizacji seniorów jako forma profilaktyki, przeciwdziałania tego typu zachorowaniom. I tu jest także ogromne pole do działania dla uniwersytetów trzeciego wieku, dla wszystkich środowisk senioralnych, które właśnie państwo chcą aktywizować i robią to. Ogromne podziękowanie właśnie dla tych środowisk, które podejmują tego typu działania, które chcą angażować seniorów, chcą z nimi pracować, chcą robić wszystko, aby seniorzy w jesieni życia również tę jakość życia mieli jak najlepszą.

Widzimy tutaj rolę, ja przynajmniej ją widzę, myślę, że państwo także, właśnie dla Komisji Polityki Senioralnej, ponieważ, jak powiedział przed chwilą pan przewodniczący Szczerba, liczy się nie tylko kwestia, żeby pilotować, kontrolować, ale również wspierać i pomagać w prowadzeniu tych najistotniejszych, najważniejszych działań.

Chciałabym zapytać przedstawicieli resortów MZ oraz MRPiPS, których właśnie gościmy, czy i jakie działania resortów planują podjąć, by udzielać szerszej pomocy osobom chorym na choroby otępienne i choroby Alzheimera, a także ich opiekunom? Wiem, że państwo czynią wiele, ale co jeszcze mają państwo w planach i jak widzą może współpracę ze środowiskami senioralnymi w tym zakresie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Zgłosiła się jeszcze pani poseł Alicja Kaczorowska. Proszę bardzo.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Szanowna Komisjo, zaproszeni goście, koleżanki i koledzy. Chciałam poruszyć problem deinstytucjonalizacji opieki nad osobami z tego typu schorzeniami, a więc jakby sprawienie, żeby seniorzy w jak największej liczbie przebywali w domu. I tutaj informacja o świadczeniach socjalnych dla opiekunów w postaci zasiłku pielęgnacyjnego bądź opiekuńczego. Chciałam zapytać, czy są przewidziane, zabezpieczone w budżecie środki na ten typ opieki nad seniorami? To tyle.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze parlamentarzyści mają jakieś pytania? Jeżeli nie, to proszę bardzo naszych gości. I jak zawsze przed pytaniem prosimy o przedstawienie się. Proszę bardzo, pani pierwsza się zgłaszała. Pan obok będzie drugi. Ale proszę głośniej i proszę się przedstawić.

Członek Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska:

Dziękuję bardzo. Nazywam się Mirosława Wojciechowska-Szepczyńska i dzisiaj jestem tutaj jako reprezentant Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich, a jednocześnie jestem członkiem Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera. Bardzo dziękuję za zaproszenie, to jest dla nas bardzo ważne, żeby wiedzieć, co politycy planują.

Zgadzam się z tym, co powiedział pan poseł Szczerba, zresztą dzięki przewodniczeniu pana posła w poprzedniej kadencji tej Komisji cała jedna sesja była poświęcona problemom związanym z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami. Dziękuję bardzo też, że oba ministerstwa zajmują się tym problemem.

Muszę chyba jednak uzupełnić ten raport, jeśli można go tak nazwać. Spodziewałam się wniosków na koniec, ale w obu tych sprawozdaniach czy opisach sytuacji brak jest przede wszystkim skali zjawiska. Proszę państwa, ponieważ nasza organizacja należy do Alzheimer Europe Federacji Europejskiej, Światowej Organizacji ABI, podaję za nimi liczby, które warto zapamiętać. Na świecie obecnie z chorobami Alzheimera i innymi otępieniami żyje 47 milionów, tylko jedna na cztery osoby ma diagnozę. Tak jest na świecie. W Polsce jest jeszcze gorzej, ale zaraz do tego przejdę. Liczba chorych podwoi się za 20 lat, a w 2050 r. na świecie z tymi chorobami będzie żyło ponad 131 mln osób. Obecnie w Europie żyje z chorobą Alzheimera – bo nie używamy czasownika „cierpi" na chorobę Alzheimera, chorzy nie chcą, żeby o nich tak mówić – i innymi zespołami otępiennymi ponad 10 mln osób.

A jak to wygląda w Polsce? To są wszystko dane szacunkowe; były badania epidemiologiczne w Polsce niewielkie, ale dalej opieramy się na danych szacunkowych. Ponad 500 tys. osób żyje w Polsce z otępieniem, w tym z chorobą Alzheimera, co stanowi 1,30% całej populacji. Najwięcej wśród tych osób, bo 132 tys. to są osoby w wieku 80+, a ponad 20 tys. ma od 30 do 59 lat. W ten sposób chcę państwu uświadomić, że nie mówimy tylko o osobach bardzo starych. Dla młodych ludzi, jak się ma 40 lat, to już się jest starym, prawda? – że to dotyka ludzi starych, na emeryturze. Otóż nie. Choroba rozwija się – i pani profesor potwierdzi to pewnie – 20 lat wcześniej, tylko że nie daje tych objawów, które my, rodziny, obserwujemy. Kobiet w Polsce z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami jest dwa razy więcej niż mężczyzn – ponad 350 tys. Równocześnie to kobiety najczęściej sprawują opiekę, bo nie są to tylko żony chorych, ale również córki, synowe, przyjaciółki itd. Kobiety najczęściej w te role wchodzą.

Bardzo mnie cieszy, że pan poseł Szczerba wspomniał o Narodowym Planie Alzheimerowskim, bo chcę państwu powiedzieć, że nasze organizacje skupione w Ogólnopolskim Porozumieniu Organizacji Alzheimerowskich nie odpuszczą, my żądamy od władz przemyślenia możliwości wprowadzenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego. Ten program przygotowała grupa wybitnych ekspertów z Polskiego Naukowego Towarzystwa Alzheimerowskiego razem z przedstawicielami właśnie organizacji alzheimerowskich i ten projekt jest. Przedstawiliśmy go w MZ. Jedynym naszym sojusznikiem obecnie jest rzecznik praw obywatelskich. Mam nadzieję, że jak państwo wejdą na stronę Biura RPD, to mogą odnaleźć tę broszurę, w której po konferencji przedstawialiśmy ludziom założenia tego projektu. Mogą państwo to odczytać. Tam jest opisana prawdziwa sytuacja osób z chorobą Alzheimera z punktu widzenia nas, opiekunów. Ja jestem byłym opiekunem, z chorobą Alzheimera mam do czynienia przez ostatnie 24 lata, mimo że moja mama nie żyje.

Proszę państwa, poza badaniem poziomu świadomości, co ostatnio robiliśmy, prowadziliśmy też badania na własną rękę. Mieliśmy ponad 900 osób przebadanych w Polsce i to są dane, sądzę, wiarygodne – świadomość wzrosła. Ale jakieś tam niewielkie zmiany najczęściej są wynikiem działań oddolnych, działań stowarzyszeń, właśnie organizacji pozarządowych, dobijania się do drzwi.

Tu jedna z pań zadała pytanie, czy możliwe jest spowodowanie, żeby ludzie pozostawali w domu. Ależ oni pozostają w domu, proszę państwa, tak jest faktycznie na świecie, większość ludzi chorych jest w domu pod dobrą lub złą opieką swojego bliskiego. Albo bliski wie, jak się opiekować, albo nie wie. Szkoła go tego nie uczy. Jeśli trafi do stowarzy-

szenia, to dajemy mu informację, jak się opiekować. Jesteśmy źródłem informacji, edukacji opiekunów, ale do nas ciągle zgłasza się niewielki procent obywateli, ponieważ prawdopodobnie nie wierzy w pomoc organizacji. A lekarz nie powie tyle, ile my, my dajemy swój czas, społeczną pracę, poświęcając swój czas tej właśnie pracy. Wiemy dużo, jesteśmy ekspertami, udzielamy informacji, pomocy, wsparcia jak najszerszego. Prosimy również, żeby do wszystkich projektów, które ministerstwa będą przygotowywały, nas zapraszać. My chcemy wiedzieć. Pamiętam, na ostatniej konferencji ABI w Budapeszcie, wielkiej światowej konferencji, występują chorzy – chorzy, proszę państwa. W Polsce mit jest taki, że chory to nic nie wie. To nieprawda. Chorzy mówią o sobie, mówią nic o nas bez nas. Opiekunowie mówią to samo – nic o nas bez nas. Ale żeby państwa tak nie denerwować – bardzo się cieszę, że doszło do tego posiedzenia i liczę na to, że będzie lepiej. Znamy rozwiązania, można je czerpać ze strony Alzheimer Europe, wszystko jest opisane.

Proszę spojrzeć na Republikę Czeską. Tam przyjęto Narodowy Program Alzheimerowski. Nie mówię o Szwajcarii, Norwegii, Szwecji i Francji, wszystkie te kraje mają narodowy program. Dlaczego nasi chorzy nie zasługują na taki program? Tu nie chodzi wcale pieniądze, to nie jest kwestia pieniędzy. To jest kwestia wyobraźni, planowania, uświadamiania sobie. Te liczby, które podałam na początku, powinni państwo wziąć sobie do serca. Nie poradzimy sobie, jeśli nie będziemy teraz już przygotowywać się na następne lata. Nie chodzi o domy opieki, chodzi o różnorodne formy opieki, tak żeby chory był jak najdłużej w domu i żeby był samodzielny, jak najdłużej samodzielny. Ale ze wsparciem, bo on potrzebuje wsparcia. To tyle, bo mogłabym jeszcze dłużej, ale rozumiem, że mogą być inne pytania. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję pani bardzo za ważny głos. Pana na chwilę przeproszę, bo jeszcze pani poseł Alicja Kaczorowska prosiła o dwa zdania. Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):

Chciałam wyjaśnić parę rzeczy, a właściwie tylko jedną, i odpowiedzieć ad vocem. Rzeczywiście powiedziałam o tym, że najlepszym miejscem dla każdej osoby, w tym osoby żyjącej z alzheimerem, jest dom. Ale dom musi być wydolny, a w tym domu najlepiej by było zapewnić dobrą jakość życia i to zarówno osobie żyjącej z alzheimerem, jak i tym osobom, które się nią opiekują. Taki był sens mojej wypowiedzi.

Jeżeli chodzi o to, żeby to się stało, to jest to pole do działania dla rządu, organizacji pozarządowych, służby zdrowia, dla ośrodków kulturalnych i dla pojedynczego człowieka, członka rodziny, sąsiada i właśnie członka organizacji. Dlatego zapytałam, czy będą środki, czy się o tym mówi, dla opiekunów i dla osób 50+, które chętnie by się tym zajęły? Taki był cel mojego pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Teraz prosimy sąsiada pani Mirosławy Wojciechowskiej-Szepczyńskiej. Proszę bardzo. Proszę się przedstawić.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Jerzy Płókarz, Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Mam pytanie do pana ministra Pinkasa. Panie ministrze, spotykamy się z takim problemem. Niedawno, przykład z życia wzięty. Kobieta chora na alzheimera, z pewną dozą agresywności, wystąpił problem kardiologiczny, czyli migotanie przedsionków, karetka woziła osiem godzin od szpitala do szpitala. Nigdzie nie chciano jej przyjąć. W placówce, gdzie zajmowano się problematyką alzheimerowską, stwierdzono, że nie przyjmą, bo jest poważny problem kardiologiczny, oni nie są przygotowani do poradzenia sobie z tym problemem. I odwrotnie. I tu pytanie, ale jednocześnie apel – czy nie warto by było, aby ministerstwo jednak się przyjrzało problemowi i w jakiś sposób zobligowało przynajmniej w jakimś promieniu, na jakimś terenie, żeby chociaż jeden szpital, jedna placówka szpitalna była przygotowana do zajęcia się tego typu osobami chorymi. Ta osoba wylądowała w prywatnej placówce leczniczej i tam się nią zajęto. Ale nie tak powinno być. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pani profesor Barcikowska.

Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej Polskiej Akademii Nauk Maria Barcikowska-Kotowicz:

Proszę państwa, postaram się naprawdę bardzo krótko zapytać pana ministra – czy jest jakakolwiek wola do zorganizowania opieki medycznej dla pacjentów z otępieniem? Wielokrotnie z różnymi gremiami specjalistów na ten temat dyskutowałam w kraju i za granicą. I chciałam zwrócić uwagę tylko na jedno – że w istocie dobra organizacja nie zwiększy kosztów tej opieki. Jeżeli by się starannie zaprogramowało użycie tego, co pan przywołał, że w końcu ci chorzy „są opiekowani" przez innych specjalistów, a tylko nie ma centralizacji, to wystarczyłoby te same pieniądze trochę scentralizować na korzyść chorych. Myślę, że pasja pana ministra – opieka skoordynowana byłaby właściwie modelowa dla pacjentów z otępieniem, którzy powinni być wychwyceni przez lekarza pierwszego kontaktu, skonsultowani przez specjalistę i „powróceni" pod opiekę lekarza rodzinnego. To jest kwestia, tak jak powiedziała pani Wojciechowska, dobrej woli, wyobraźni i nie można udawać, że oszczędnością będzie tylko to, jeśli ciągle będziemy po prostu tych chorych nie rozpoznawać. Bo to, że ich nie rozpoznamy, nie oznacza, że ich nie ma i że ich nie będzie coraz więcej. I ta liczba 500 tysięcy może nie jest liczbą przemawiającą do wyobraźni wobec chorych kardiologicznych, onkologicznych, ale to są chorzy, którzy wymagają naprawdę wyjątkowej troski. To jest nie do uniknięcia. Oczywiście możemy jeszcze kilka lat udawać, że tego nie ma, ale to jest jak wrzód, to kiedyś się ujawni i będzie o wiele droższe, jeśli nie będziemy do tego przygotowani. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Członek Rady ds. Polityki Senioralnej DPS Ewelina Żyżyniewska-Banaszak:

Ewelina Żyżyniewska-Banaszak, Dom Pomocy Społecznej w Szczecinie, Instytut Medyczny. Mam krótkie pytanie odnośnie do sprawozdania, nie wiem, kto był jego autorem. Otrzymaliśmy informację o pomocy udzielanej osobom chorującym na choroby otępienne. Interesuje mnie taka informacja – ilu osobom odmówiono przyznania pomocy z powodu stanu zdrowia i braku możliwości potwierdzenia woli? To jest istotna informacja, która by też pokazała, jaka jest skala potrzeb w tej kwestii. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Teraz pani Ewelina Jakrzewska-Sawińska. Proszę bardzo. Anna, przepraszam, mam na liście Ewelina.

Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:

Jestem kierownikiem poradni geriatrycznej, jestem lekarzem, kierownikiem hospicjum dla dzieci i dziennego domu opieki dla pacjentów z otępieniem. Dom jest dla seniorów, ale głównie z otępieniem i chorobą Alzheimera.

Proszę państwa, ja się tak za bardzo nie zgodzę z panem – przepraszam, powinnam zadawać pytania – posłem Szczerbą, że się w Polsce nic nie robi. W Polsce się już robi nawet bardzo dużo, ale to wszystko każdy robi po swojemu. Przykładem jest to, że właśnie ta moja poradnia, gdzie jest dzienny dom, rehabilitujemy pacjentów fizycznie, psychicznie, leczymy ich i, co jest bardzo ważne, wprowadzamy w tej chwili teleopiekę, naturalnie przystosowując mieszkanie – to przy pomocy gminy – dla chorych ludzi. Wprowadzamy teleopiekę medyczną i będziemy mogli kontrolować tych pacjentów. Myślę, że bardzo ważną sprawą jest to, że już się dużo robi, ale właściwie mało o tym wiemy, a powinniśmy więcej wiedzieć na ten temat. Chciałabym po prostu mieć kontakt z tymi, którzy już coś robią, żebyśmy wspólnie się zastanawiali, co robić, co dobre i co złe. Ale myślę, dlaczego tak jest? Bo my ciągle na dobrą sprawę nie wiemy, ilu mamy ludzi, jakie są choroby i co trzeba zrobić.

I tu chciałabym, proszę państwa, zarekomendować propozycję pana profesora Woźniaka z jego całym zespołem, który opracował „Profile zdrowotne, psychospołeczne osób starszych jako podstawa budowy regionalnych programów pomyślnego starzenia się. Dzisiejsze potrzeby, jutrzejsze możliwości". Chodzi o takie modelowe ujęcie. Proszę pań-

stwa, na razie chciałby się pan profesor z całym zespołem ograniczyć do Wielkopolski. Ale myślę, że to doświadczenie, które by się zdobyło na podstawie tych badań, można by przenieść na całą Polskę. Dlatego bardzo proszę, żeby znalazły się pieniądze właśnie na takie granty, żebyśmy mogli coś takiego zrobić. Dzięki temu będziemy mogli przygotować już, będziemy wiedzieli, jakie potrzeby, komu co trzeba dać dzisiaj, co jest bardzo ważne. Najbardziej się boję, a jestem poznanianką, umiem liczyć, żebyśmy tak niepotrzebnie na wiele rzeczy wydawali. A tutaj byśmy wiedzieli, komu dajemy, dlaczego potrzeba, i jak długo musi być ta opieka.

Wiem, że jest taka bardzo ważna sprawa ASOS. Ja mam ASOS od trzech lat. Bardzo się cieszę i bardzo dziękuję za to, że na ASOS dostałam granty, ale bardzo ważna sprawa – to nie może być na rok, ale musi być na dłużej. Tu trzeba wykorzystać doświadczenie i cały nasz sprzęt, aparaturę, i dobrze przygotowaną kadrę. Dlatego ważna jest ta ciągłość, co najmniej dwu-trzyletni powinien być taki grant.

Poza tym co zauważałam. Że jednak te wszystkie konkursy głównie są nastawione na ludzi młodych, tak 50+ do 60. Bardzo mało robi się dla ludzi starych. Autentycznie starszych. Dlatego to jest ważne, żebyśmy to zrobili. Bardzo ważne jest to, żeby ten konkurs był skierowany do organizacji, instytucji, które naprawdę zajmują się seniorami. I właśnie taki przygotowany program by pozwolił dobrze prowadzić dalej te działania, bo byśmy wiedzieli, komu potrzeba, dlaczego, czy ktoś robi dobrze czy źle. Ja w tej chwili widzę, że bardzo dużo dobrych rzeczy się dzieje właśnie na terenie m.in. Wielkopolski. Bardzo ciekawa jest też sprawa taka, że w Pleszewie dom pomocy społecznej organizuje również taki dzienny dom. Ja już z nimi rozmawiałam, żeby oni wieś objęli i potem można by wejść z teleopieką. Cały punkt dowodzenia byłby w Pleszewie, powiedzmy, w tym ośrodku. Można już by bardzo dużo zrobić. Ale na to musimy mieć gotowy program, a nie tak sobie tylko ciągle mówić, co chcemy. To są te rzeczy najbardziej potrzebne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa? Pani profesor Wieczorowska-Tobis. Proszę bardzo. Nasz ekspert.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, chciałabym jeszcze zwrócić uwagę, kontynuując niejako pytanie pani profesor Barcikowskiej, że oprócz diagnostyki otępienia, opieki nad chorymi z otępieniem powinniśmy również w ramach tworzenia systemu zwrócić uwagę na diagnostykę zaburzeń funkcji poznawczych w ogóle. To jak najbardziej leży w kompetencji lekarza rodzinnego. Winne zaburzeń funkcji poznawczych we wczesnych etapach, to są zaburzenia odwracalne. Niepostawienie diagnozy w porę powoduje, że chorzy rzeczywiście trwają w systemie; w momencie kiedy są diagnozowani jest już bardzo późno zarówno na ich utrzymanie w środowisku, jak i w ogóle na podjęcie skutecznego leczenia. Dlatego ważne jest, wydaje się, żeby stworzyć w ramach systemu badanie przesiewowe, które pozwoli wyszukać i zdefiniować tych chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych, u których potem u części da się wdrożyć skuteczne leczenie, a u reszty zostanie podjęte leczenie i opieka klasyczna konieczna dla chorych z otępieniem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję serdecznie. Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby? Pan doktor Rafał Sepuła, też nasz ekspert. Proszę bardzo.

Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:

Szanowni państwo. W nawiązaniu do wypowiedzi pani poseł Kaczorowskiej. Odnośnie do zapewnienia opieki osobom z otępieniem w warunkach domowych można by było wykorzystać te osoby, o których wcześniej na posiedzeniach mówiliśmy, w wieku 50+, które odbywają staże, to są te sztuczne zatrudnienia, tak naprawdę. A te osoby można by wyszkolić w ramach np. Krajowego Funduszu Szkoleniowego w zakresie podstawowej opieki. To zdecydowanie by wspomogło rodziny, tym bardziej że w Polsce wyraźnie spada współczynnik pielęgnacyjny, to jest spada liczba kobiet w wieku 46-65 lat. Na jedną

osobę powyżej 80. roku życia, w tej chwili wynosi on 5, a w 2050 r. będzie wynosił 1,7, a więc tymi osobami nie będzie się miał kto opiekować.

Brakuje też jasno zdefiniowanych form opieki nad osobami z otępieniem. Większość z nich trafia do zakładów opiekuńczo-leczniczych, ale de facto te zakłady nie są przeznaczone dla tych osób, no i trudno je kwalifikować, ocenić. Skala Barthel, której się używa, nie nadaje się do tego, więc można by było też pomyśleć ewentualnie nad stworzeniem dwu profili w takich zakładach opiekuńczo-leczniczych, profilu ogólnoustrojowego i profilu dla osób z chorobami otępiennymi. Poza tym, jak z rozmów z rodzinami osób z otępieniem wynika, brakuje generalnie informacji dla tych rodzin i myślę, że też warto się nad tym pochylić i przygotować taką informację, co, gdzie, jakiej pomocy ta rodzina mogłaby oczekiwać ze strony pomocy społecznej czy opieki zdrowotnej. Myślę, że warto by było opracować informatory dotyczące wczesnego rozpoznawania chorób otępiennych przez rodziny – warto by było się nad tym zastanowić.

Jeszcze mam pytanie do pana ministra zdrowia, bo na jednym z posiedzeń Komisji, bodajże w lutym, pan minister mówił, że w oddziałach szpitalnych będzie wprowadzana całościowa ocena geriatryczna. Chciałbym się zapytać, kiedy ta ocena będzie robiona? To też pozwoliłoby na wcześniejsze przesiewowe badanie tych osób i wcześniejsze rozpoznanie zaburzeń otępiennych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos w tym ważnym temacie? Jeśli nie, to może ja kilka zdań. Dziękuję bardzo za przedstawione opinie i informacje. Wiele razy na posiedzeniach naszej Komisji stwierdzaliśmy, że społeczeństwo w Polsce starzeje się. Łatwo było zauważyć, że także w przedstawionych informacjach i państwa wypowiedziach przewijało się podobne podsumowanie, że chorujących osób na choroby otępienne, w tym na alzheimera jest z roku na rok więcej. Cieszy niewątpliwie, że organizacje działające na rzecz osób z chorobą Alzheimera mogą uzyskać rządowe wsparcie i otrzymują dofinansowanie na prowadzoną przez siebie opiekę, zadania publiczne w ramach programu ASOS. Są takie głosy, jak pani profesor tutaj powiedziała, żeby ta pomoc była większa. Myślę, że gdyby tej pomocy było więcej, a sądzę, że obecni tu przedstawiciele obu ministerstw będą o tym myśleli, będzie to skutkowało tym, że wymienione przeze mnie organizacje będą miały więcej czasu na prawidłowe i rzetelne wykonywanie podjętych przez siebie zadań.

Chciałbym jeszcze odnieść się do kilku kwestii, które przedstawiono w zaprezentowanych materiałach i które były także podnoszone na poprzednich posiedzeniach naszej Komisji. Taką kwestią jest kształcenie kadry medycznej. Z przedstawionych danych wynika, że posiadamy odpowiednie narzędzia do wyszkolenia nowej kadry medycznej oraz do szkolenia już pracującego personelu. Wciąż jednak tej kadry jest za mało. Jakie więc działania podejmuje MZ, by zachęcić młodych lekarzy i pielęgniarki do wybierania drogi kształcenia w zakresie geriatrii, w tym problematyki dotyczącej chorób otępiennych i choroby alzheimera?

W swojej informacji MZ wspomina również o dwóch projektach prowadzonych w latach 2007-2013 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Oba te projekty dotyczyły poprawy opieki nad osobami w wieku podeszłym poprzez podniesienie kompetencji kadry medycznej. Chciałbym zapytać, jakie efekty przyniosły te programy, jeżeli według raportu NIK z 2014 r. dostępność do opieki geriatrycznej w latach objętych kontrolą, czyli 2011 do października 2014 pogorszyła się?

Kolejną kwestią jest skala Barthel. Na jednym z posiedzeń Komisji Polityki Senioralnej padło stwierdzenie, że skala ta może nie być wystarczająca jako znacznik przy ocenie poziomu samodzielności osób z przedmiotowymi rozpoznaniami. Pełna sprawność fizyczna w przypadku osób chorujących na choroby otępienne nie świadczy o ich samodzielności. Jaką ministerstwo ma opinię w tej sprawie?

Prosimy bardzo, panie ministrze; będziemy także prosili panią dyrektor o kilka zdań odpowiedzi na zadane tutaj pytania, wyrażone opinie. Proszę bardzo.

Sekretarz stanu MZ Jarosław Pinkas:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, bardzo dużo pytań padło, nie będę oczywiście w stanie odpowiedzieć na wszystkie, jesteśmy w ich dyspozycji i odpowiemy na piśmie. Na samym wstępie chcę powiedzieć, że o jednej rzeczy nie powiedziałem, a ona jest dość istotna i myślę, że dość radykalnie zmieni od września dostęp do leków pacjentom 75+. Mamy na to pieniądze – 550 mln zł w 2017 r. To leki, które będą dostępne dla naszych seniorów, a między innymi leki, które będą przeznaczone dla pacjentów z otępieniem. Ten program będzie tak skonstruowany, żeby właśnie leki senioralne były w jakiejś mierze dostępne. W jakiejś mierze oczywiście, my będziemy tę listę rozszerzać, to będzie lista S dla pacjentów i to w jakiejś mierze, myślę, spowoduje to, że będzie po pierwsze lepszy compliance, bo będą tam leki nowoczesne, a po drugie w istotny sposób zwiększy się dostępność. Te leki są drogie, przypominam państwu. Rozumiem, że mamy tu istotne wsparcie pani profesor Barcikowskiej, za co dziękuję, ponieważ niewątpliwie opieka koordynowana powinna być najbardziej dostępna dla pacjentów z zespołami otępiennymi, dla pacjentów alzheimerowskich i to rzeczywiście będą najlepiej wydane pieniądze. Pracujemy nad tym, aczkolwiek między nami mówiąc, musimy po prostu mieć więcej takich centrów, jak prowadzone przez panią profesor, dlatego że pani reprezentuje centrum dość unikatowe i trzeba tę ideę rozprzestrzenić na każde województwo, żeby ta opieka miała taki charakter, że w którymś momencie zaistnieje jednak możliwość skierowania do placówki referencyjnej i żeby kolejka tam była maksymalnie krótka i żeby lekarze, a szczególnie lekarze POZ mieli wiedzę na temat, co się dzieje z takim pacjentem. Oczywiście kwestia interdyscyplinarności, dlatego że ta choroba musi iść, rzekłbym, równoległą drogą ze wszystkimi działaniami, szczególnie ministerstwa rodziny, a także ministerstwa edukacji, bo to niezwykle ważne, żeby od samego początku edukować młodzież, żeby szczególnie młodzież była w stanie pomagać swoim bliskim, a także podsuwać pacjentów do diagnostyki, żeby coś można było powiedzieć na temat tego pacjenta. Jest to niezwykle ważne. Czyli tutaj rodzina jest niezwykle ważnym elementem.

Bardzo ważne pytanie pana doktora dotyczące elementów oceny geriatrycznej. To rzeczywiście znalazło się w tej chwili już w projektach koszykowych i od lipca każdy szpital będzie musiał wdrożyć diagnostykę pacjentów powyżej 65. roku życia, zgodnie z algorytmem przygotowanym przez konsultanta krajowego w zakresie geriatrii. Także to, się już wydarzyło, nie przespaliśmy tego .

Myślę, że był to zupełnie jednostkowy przypadek to wożenie pacjentki – odnoszę się tutaj do pytania pana o pacjentkę, która miała zaburzenia rytmu serca i zespół alzheimera. Niestety, jest też tak, że w zespołach ratowniczych siedzą zwyczajni ludzie, którzy albo chcą pomóc, albo nie i rzeczywiście czasami jest tak, że w szpitalnych oddziałach ratunkowych po prostu unika się tych pacjentów, dlatego że oni są bardzo kłopotliwi dla szpitala. Ale w ustawie jest wszystko jasno zapisane i tego typu historie powinny być penalizowane przez NFZ. Jeżeli będziemy mieli konkrety, to jesteśmy w stanie sprawdzić i wyciągnąć konsekwencje wobec szpitala, który absolutnie nie wykonuje swojego kontraktu, ponieważ nie ma prawa odmówić tego typu pacjentom. To są sprawy bardzo ludzkie i często nie są do załatwienia systemowego, bo to w systemie funkcjonuje, po prostu trzeba umiejętnie czytać prawo i je realizować. Do nas, między nami mówiąc, te problemy jakoś nie docierały, prawdopodobnie one są rzeczywiście jednostkowe. To może na tyle, jeżeli pan przewodniczący się zgodzi.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Czy pani dyrektor Marzena Bartosiewicz chciałaby jeszcze coś dodać w imieniu MRPiPS? Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora w Departamencie Pomocy i Integracji Społecznej MRPiPS Marzena Bartosiewicz:

Panie przewodniczący, kilka pytań było skierowanych wprost do MRPiPS. Pani poseł Borowiak pytała, co zamierzamy robić w ramach działań o charakterze społecznym. To przede wszystkim rozwój środowiskowych domów samopomocy jako zbudowanie sieci wsparcia, to w 2017 r. rewizja ASOS. My i tak poza tą rewizją próbujemy, rokrocz-

nie ogłaszając konkurs, modyfikować ten program i go poprawiać. To w dalszym ciągu realizacji Seniora-WIGOR, obojętnie, jakby się on za chwilę nazywał, ale to też kolejna praca nad polepszeniem realizacji tego programu.

Chcę poinformować również, że powołana została niedawno Rada do spraw Polityki Senioralnej, która dokona rewizji długofalowej polityki wobec osób starszych. W tej radzie jest szeroka reprezentacja organizacji, które zajmują się osobami starszymi.

Nie mogę troszeczkę zgodzić się z tym, co powiedział pan przewodniczący poseł Szczerba, który mówił o odpłatności za różne formy wsparcia, za środowiskowe domy samopomocy czy odpłatności za domy pomocy, przywołując kryterium dochodowe i jakby zwalnianie z odpłatności, gdy rodzina dochodzi do kryterium dochodowego. Otóż wysokość kryterium dochodowego to w tej chwili po weryfikacji 514 zł na osobę w rodzinie, a na samotnie gospodarującą 634 zł. I np. od odpłatności zwolnione są osoby, które dochodzą do 300% kryterium dochodowego, czyli w przypadku osoby w rodzinie to jest ponad 1500 zł, a w przypadku osoby samotnie gospodarującej 1800 zł. Gdy osoba czy rodzina przekracza te 300% kryterium dochodowego, wtedy odpłatność jest w wysokości 5% kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą. Wiadomo, że wszyscy jesteśmy w trudnej sytuacji finansowej, niemniej przy takich świadczeniach i przy takich usługach – bo podobnie jest przy specjalistycznych usługach opiekuńczych – staramy się, aby odpłatność dla osób wymagających wsparcia była jak najmniej dotkliwa. Podobnie jest również przy odpłatności w DPS – po 2004 r., gdy zmieniła się odpłatność, to w tym wypadku składają się na nią jakby trzy podmioty: osoba w wysokości 70%, rodzina, gdy jej kryterium dochodowe przekracza 300% kryterium dochodowego, i następnie gmina. Czyli wiemy o tym, że placówki te są drogie, wiemy, że trzeba za nie płacić, ale staramy się, żeby ta odpłatność była niewielka, bądź też żadna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Proszę państwa, jeszcze pan przewodniczący poseł Michał Szczerba prosił o możliwość zadania krótkiego pytania. Proszę bardzo, panie przewodniczący.

Poseł Michał Szczerba (PO):

To chyba ostatnie pytanie. Bo podczas odpowiedzi pana ministra nie padła odpowiedź na kluczowe pytanie – czy rząd rozważa wprowadzenie, przyjęcie w Polsce narodowego planu alzheimerowskiego na wzór tych, które funkcjonują w innych krajach i które tu zostały wymienione. To jest chyba podstawowe pytanie i odpowiedź na nie powinna dzisiaj paść, żebyśmy mogli w jakiejś mierze zarysować i perspektywę, i wyznaczyć sobie wspólny cel. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Bardzo dziękuję. Proszę bardzo, panie ministrze.

Sekretarz stanu MZ Jarosław Pinkas:

To jest bardzo trudne pytanie i MZ zdaje sobie z tego sprawę. Nie uciekam od jednoznacznej odpowiedzi, bo ona powinna być bardzo uczciwa. To znaczy, jeżeli znajdujemy się na tej sali, w Sejmie polskim, to powinniśmy mówić uczciwie. Mamy w tej chwili bardzo dużo priorytetów, które próbujemy realizować i oczywiście nie chcemy w tej chwili zmienić Narodowego Programu Choroby Alzheimerowskiej, dlatego że jest to jeden z wycinków, to jest po prostu wycinek naszych działań. Chcemy działać w sposób kompleksowy. Jeżeli mówimy o kompleksie działań, to mówimy o tym, żeby poprawić POZ, gdzie są te bardzo istotne elementy, czy też poprawić dostęp do świadczeń szpitalnych. Ale po to tutaj się spotykamy, żebyśmy byli przekonani do tego, że konkretne działania trzeba podjąć. Ja jestem do tego przekonany, ponieważ znam skalę problemu. Ta skala jest większa, niż się wszystkim wydaje, dlatego że trendy demograficzne są zupełnie nieubłagane i musimy się z nimi zmierzyć. Myślę, że warto pochylić się nad problemem i to jest ta kategoria. I obiecuję państwu, że to dzisiejsze spotkanie przyniesie jakieś efekty w MZ. Ja akurat nadzoruję dwa dość istotne departamenty, jest z nami pani dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych, gdzie się tego typu historie wykuwają. Ale nie mogę państwu powiedzieć, że będzie narodowy program. Marzę o tym, żeby

kolejny narodowy program był związany z cukrzycą, bo mamy z tym istotnie wielki problem. Ale róbmy to po kolei, w sposób bardzo racjonalny, nie obiecując niczego, ponieważ to po prostu by było bardzo nieuczciwe.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli – ponieważ rozumiem, że nasze spotkanie dzisiaj powoli dobiega końca – wykorzystam sytuację, która jest w tej chwili, że mogłem się z państwem spotkać, wiem, że są także media i chcę powiedzieć o rzeczy, która się wydarzy między 23 a 26 czerwca. Ona będzie bardzo dotyczyła wszystkich naszych pacjentów, którzy mają chorobę niedokrwienną. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa zwróciło się w tej chwili z apelem, żeby przeciwdziałać skutkom upałów. Przez trzy następne dni temperatura skoczy powyżej 35 stopni; będą samotni chorzy, którzy nie będą pili wody, bo nikt im o tym nie przypomni, to będą także chorzy z chorobą Alzheimera, z innymi zespołami otępiennymi. Marzę o tym, żeby nikt nie został sam, i także my, prowadząc naszą działalność, zapukajmy do sąsiadów, czy też wszędzie tam, gdzie się spotykamy, mówmy o tym, jak się należy zachować w trakcie upałów. Obiecuję państwu, że oczywiście będą informacje w mediach, po to jesteśmy resortem, żebyśmy także wygenerowali odpowiedni sposób przekazu, ale myślę, że każde miejsce, a szczególnie takie miejsce, kiedy zajmujemy się takimi chorymi… żebyśmy pamiętali o tym, że w tej chwili brak dostępu do wody i też w pewien sposób zmuszanie pacjentów, żeby pili, to jest wielki problem. Mam prośbę, żeby pani profesor Barcikowska skomentowała jeszcze na koniec moje słowa, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. Możemy zrobić naprawdę wielką sprawę.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Pani profesor chciałaby skorzystać z możliwości skomentowania wypowiedzi pana ministra?

Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN Maria Barcikowska -Kotowicz:

Chcę tylko dodać, że w Polsce samotne pacjentki z chorobą Alzheimera to są głównie kobiety. Kobiet jest o wiele więcej, które często są same w domach i niewątpliwie to, że powinny pić, jest bardzo ważne i każdy lekarz, i wszyscy ludzie powinni o tym mówić, jak najczęściej, bo starzy ludzie często zapominają o piciu, to na pewno tak.

A co do programu narodowego, wybacz, Mirko, bo robiłyśmy go razem, wydaje mi się, że może nie fasada jest nam potrzebna, tylko naprawdę organizacja i zrozumienie, że ten problem jest.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, dziękowałem państwu wcześniej za aktywność. Proszę pozwolić, że zgodnie ze swoją opinią, ale też za głosami sali chciałbym podziękować sekretarzowi stanu MZ, panu ministrowi Pinkasowi, i także pani dyrektor Marzenie Bartosiewicz reprezentującej MRPiPS za bardzo dobrze przygotowane materiały, za udzielenie merytorycznych odpowiedzi na pytania i myślę, że wszyscy zgodzimy się, że faktycznie w tej sytuacji, którą także uczciwie, a wrócił do tego słowa też pan minister, podniósł pan poseł Szczerba, tych problemów mamy bardzo dużo na przestrzeni kadencji różnych rządów, że ta uczciwa dyskusja, a też kreatywność, reakcja MZ, MRPiPS spowoduje, że także w kategorii zespołów otępiennych, w chorobie Alzheimera będziemy mieli już kolejne rozwiązania czy sukcesy i wierzę, że m.in. tak ważne osoby dla tych chorób, jak pani profesor Barcikowska, będą mogły za jakiś czas podsumować z zadowoleniem, że nasze dzisiejsze spotkanie też było dla tych rozwiązań bardzo istotne. Będziemy te kwestie jeszcze pilotowali wspólnym staraniem i wspólnym wysiłkiem. I kończąc ten punkt posiedzenia, stwierdzam, że Komisja przyjęła przedstawioną informację do wiadomości. Dziękuję serdecznie. Przekazuję prowadzenie dalszych obrad pani przewodniczącej.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

To jeszcze nie koniec posiedzenia, tak że proszę państwa, którzy mogą zostać, żeby pozostali.

Proszę państwa, przechodzimy do drugiego punktu naszego posiedzenia – informacji o wynikach kontroli Najwyższej Izby Kontroli „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym”. Referuje pan Jacek Uczkiewicz, prezes NIK. Bardzo proszę.

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Jacek Uczkiewicz:

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, szanowni państwo. Razem z panem Witoldem Wasilewskim, dyrektorem departamentu, który przeprowadzał tę kontrolę, jesteśmy do państwa dyspozycji. Przeszkadzam tutaj komuś, nie chciałbym nikomu przeszkadzać swoim wystąpieniem, więc…

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Bardzo proszę, jeżeli ktoś chce porozmawiać, to w kuluarach, bardzo proszę, a tutaj prosimy o wysłuchanie. Są to też bardzo istotne i ważne dla Komisji sprawy. Bardzo proszę.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Pani przewodnicząca, czynności kontrolne zostały zakończone w 2014 r., wyniki zostały opublikowane ponad rok temu, więc na kalendarz patrząc, można powiedzieć, że są one trochę historyczne. Ale patrząc na ustalenia, można powiedzieć, że większość z nich jest ciągle aktualna. Oczywiście jako NIK dostrzegamy istotne ożywienie wokół szeroko rozumianej problematyki osób w wieku senioralnym. To się wiąże również z otworzeniem Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji czy zaakceptowaniem tej problematyki w przygotowanej nowej edycji Narodowego Programu Zdrowia. Również NIK tej sprawie poświęciła specjalne seminaryjne posiedzenie Kolegium NIK, którego temat brzmiał: opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej. Z tego tytułu, że następuje ogólne ożywienie wokół tej tematyki, należy się cieszyć. Rzeczywistość zaś jest taka, jaka jest. A więc przechodzę do wyników.

Objęliśmy kontrolą MZ, NFZ oraz świadczeniodawców. Ustalenia kontroli wykazały po pierwsze, że trudno jest mówić o tym, że mamy jakiś system geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym. Są różne działania, ale one w żaden sposób nie składają się w jakiś logiczny ciąg działań, które mają doprowadzić do określonego celu. Przykładowo, nie ma wyznaczonych jakichś docelowych wskaźników lekarzy o specjalności geriatrii, do których należy dążyć – to tytułem ilustracji.

Dostępność opieki geriatrycznej była niewystarczająca, brakowało powszechnych, kompleksowych i wystandaryzowanych procedur postępowania w opiece medycznej nad osobami w podeszłym wieku. Z kolei system rozliczania przez NFZ świadczeń medycznych w ramach jednorodnych grup pacjentów stanowił istotną barierę w rozwoju oddziałów geriatrycznych. Dostępność opieki geriatrycznej w latach objętych kontrolą pogorszyła się i pomimo, że zwiększyła się nieco liczba oddziałów, to sama dostępność się pogorszyła. Zmniejszyła się liczba poradni i oddziałów geriatrycznych, do których pacjenci przyjmowani są bez konieczności oczekiwania, to znaczy, zwiększyła się liczba, ale tam, gdzie nie ma konieczności oczekiwania, ta liczba właściwie się zmniejszyła. Mimo wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku wzrosła liczba oczekujących i wzrósł rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Niewystarczająca była liczba specjalistów w dziedzinie geriatrii. Na 31 sierpnia 2014 r. było 321 specjalistów geriatrii, a więc na 100 tys. mieszkańców nie przypadał nawet jeden lekarz tej specjalności. Wskaźnik polski wyniósł 0,8 na 100 tys. mieszkańców, w Niemczech – tylko przypomnę – wskaźnik wynosił 2,2, w Słowacji 3,1, nie mówiąc o Szwecji, gdzie wskaźnik ten wynosi 8. Ale nie tylko, że mamy bardzo nieliczną kadrę, to jeszcze jest ona bardzo nierównomiernie rozmieszczona w kraju. Najlepsze nasycenie występuje w woj. śląskim, gdzie wypada 42 geriatrów, w woj. zachodniopomorskim jeden geriatra, a w woj. warmińsko-mazurskim żaden lekarz tej specjalności w okresie objętym kontrolą, nie świadczył umowy w ramach NFZ, czyli Warmińsko-Mazurskie było pozbawione geriatrycznej opieki w ramach NFZ.

Jeżeli chodzi o uczelnie i kształcenie kadr, ustaliliśmy, że wykłady z geriatrii prowadzono w uczelniach medycznych wyłącznie jako zajęcia fakultatywne, nie było żadnych zajęć obligatoryjnych, a zajęcia praktyczne realizowało tylko pięć spośród 11 uczelni w tym zakresie. Lekarzom POZ, do których w pierwszej kolejności trafiali pacjenci geriatryczni, brakowało przeszkolenia w zakresie opieki geriatrycznej. W naszej informacji podkreślaliśmy bardzo niskie zaawansowanie realizowanego przez MZ projektu systemowego, nazwanego „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej", który to program współfinansowano ze środków

Europejskiego Funduszu Społecznego. Chodzi o to, że weszli do tego projektu po 3,5 roku od jego uruchomienia i na osiem miesięcy przed zakończeniem. Na osiem miesięcy przed zakończeniem zrealizowano 42% zadań, jeśli chodzi o szkolenie kadr medycznych, tyle bowiem wynosił odsetek przeszkolonej kadry w stosunku do ogółem zaplanowanej w tym programie liczby. Najmniej skuteczna okazała się rekrutacja na szkolenie lekarzy POZ, gdzie przeszkolono zaledwie 32% planowanej liczby, a planowano przeszkolić 2 tys. lekarzy.

Zwracamy uwagę, że minister zdrowia nie dokonywał bieżącej oceny dostępności świadczeń z zakresu geriatrii, a jak wspomniałem, ta dostępność się pogarsza. Nie określił także wskaźników dotyczących pożądanej liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny, w tym geriatrii w odniesieniu do liczby mieszkańców, co nie pozwala na ocenę zabezpieczenia potrzeb w zakresie geriatrii. Powołany przy ministrze zdrowia – to jest ciekawa sprawa, dosyć charakterystyczna dla podejścia do rozwiązywania różnych problemów – zespół ds. gerontologii opracował standardy postępowania w opiece geriatrycznej (w tym celu powołano zespół), ale nie zostały one wprowadzone przez ministra w formie powszechnie obowiązujących przepisów. W efekcie tego wpływ tych standardów na organizację opieki geriatrycznej, przy tym na jakość efektywności leczenia pacjentów był ograniczony. Po prostu minister zdrowia nie skorzystał z upoważnienia wynikającego z ustawy o działalności leczniczej i nie określił w drodze rozporządzenia standardów, które zostały przygotowane przez zespół fachowców. One są opublikowane na stronach organizacji lekarskich, ale nie są obligatoryjne.

Kolejna sprawa. Wielowymiarowa, interdyscyplinarna procedura całościowej oceny geriatrycznej, która służy precyzyjnemu diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia, planowania opieki, a także poprawie stanu i jakości życia pacjenta geriatrycznego znajdowała w praktyce niewielkie zastosowanie i to wyłącznie w opiece szpitalnej. Skala VES służąca powszechnie na świecie do kwalifikowania pacjentów powyżej 60. roku życia do opieki geriatrycznej, nie była wykorzystywana w POZ.

W badanym okresie, jak już powiedziałem, wzrosła liczba poradni geriatrycznych z 322 do 356 i łóżek w szpitalnych oddziałach geriatrycznych z 871 do 901. Ale jedynie część świadczeniodawców zawarła umowy z NFZ, przy czym w 2013 r. 298 specjalistów wykonywało zawód geriatry, ale jedynie 160 lekarzy udzielało świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Z jednej strony mamy wzrost wartości umów zawartych przez NFZ, ale z drugiej strony pogarsza się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Wzrasta również liczba oczekujących na to świadczenie i czas oczekiwania, zmniejszył się odsetek świadczeniodawców przyjmujących pacjentów bez konieczności oczekiwania, o czym już wspominałem. Planowanie świadczeń dla osób w wieku powyżej 60 lat w 14 z 16 oddziałów NFZ nie było poprzedzone dostatecznymi, wystarczającymi analizami potrzeb i dostępności poszczególnych usług medycznych dla osób w wieku podeszłym. Świadczenia dla tych pacjentów kontraktowane były dla obszaru całego województwa. Taki obszar podyktowany był ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów usług i lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrii.

Kolejna sprawa – system rozliczania usług zdrowotnych. System rozliczania przez NFZ oparty jest na systemie jednorodnych dróg pacjentów i nie był dostosowany do występującej u osób starszych wielochorobowości. On zakłada po prostu finansowanie jednej choroby, jednej procedury, a wiadomo powszechnie, że w przypadku osób w wieku podeszłym mamy najczęściej do czynienia ze zjawiskiem wielochorobowości. Prowadziło to do sprzeczności pomiędzy zasadami postępowania medycznego – mówiłem, to podejście, traktowanie pacjenta jako chorego na jedną tylko jednostkę chorobową i stosowanie jednej procedury – i oczywiście wartościami ekonomicznymi. Uniemożliwiało również pełne odzwierciedlenie i ocenę powodów hospitalizacji i przyczyn zgonów w tej grupie osób.

Na podstawie przeprowadzonej analizy kosztów leczenia pacjentów po 60. roku życia w podziale na trzy grupy wiekowe, NIK wykazała w tym sprawozdaniu, że roczne leczenie pacjentów po opuszczeniu oddziału geriatrycznego – nie mówimy o kosztach leczenia na oddziale, tylko o kosztach leczenia po opuszczeniu oddziału geriatrycznego – jest dla płatnika publicznego tańsze średnio o 1380 zł na pacjenta na rok niż leczenie porów-

nywalnych pacjentów po pobycie na oddziale chorób wewnętrznych, czyli tam, gdzie pacjent jest traktowany tak jak chory tylko na jedną jednostkę chorobową, bez uwzględnienia zjawiska wielochorobowości. W sytuacji braku rozwiązań systemowych oraz niedostatecznego finansowania opieki medycznej dla osób w wieku podeszłym kontrolowani świadczeniodawcy w ramach własnych możliwości tworzyli bazy łóżek geriatrycznych oraz ambulatoryjną opiekę geriatryczną, wykorzystując niepublikowane urzędowo te standardy opieki geriatrycznej, o których wcześniej wspomniałem. Zasoby będące w dyspozycji skontrolowanych świadczeniodawców służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym warunki lokalowe, dostępność, kwalifikacje personelu oraz zaopatrzenie w sprzęt były, zdaniem NIK, zgodne z obowiązującymi przepisami. Żaden kontrolowany przedmiot nie realizował jednak w pełni standardów postępowania w opiece geriatrycznej.

Szanowni państwo, w naszej ocenie niezbędne jest wprowadzenie przez ministra zdrowia pełnego, logicznego i skutecznego systemu opieki zdrowotnej dla osób w wieku podeszłym. Tworzenie systemu opieki zdrowotnej dla tych osób powinno uwzględniać jego dostępność, oznacza to bliskość placówek medycznych od miejsca zamieszkania, odpowiednią liczbę personelu medycznego, przeszkolonych lekarzy POZ, pielęgniarek oraz specjalistów z zakresu geriatrii. Nie chcę tu przytaczać argumentów demograficznych, bo one już dostatecznie mocno tu wybrzmiały, więc chyba ta sprawa jest klarowna. Problemy zdrowotne osób starszych muszą być rozwiązywane kompleksowo w interdyscyplinarnej współpracy lekarza, pielęgniarki i pracownika socjalnego, chcę to podkreślić, oraz innych specjalistów w sposób ciągły i długotrwały. Chętnie bym tutaj z panią minister podjął polemikę i pewne uzupełnienie bym dodał w świetle wyników innych kontroli NIK dotyczących organizacji opieki nad osobami w wieku podeszłym, ale to inna sprawa.

Kluczowe, zdaniem NIK, jest zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń poprzez stosowanie wiedzy z zakresu gerontologii i geriatrii zgodnie z medycznymi i organizacyjnymi standardami. Ważna jest też efektywność finansowania, a więc racjonalne ustalanie obszarów kontraktowania, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb i udoskonalenia metody wyceny świadczeń. Organizatorzy opieki geriatrycznej także z uwagi na specyfikę pacjentów w podeszłym wieku powinni zadbać o właściwy przekaz informacji między różnymi podmiotami świadczącymi usługi w zakresie opieki zdrowotnej. W tych obszarach skierowaliśmy stosowne wnioski pod adresem zarówno MZ, jak i NFZ. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu Jackowi Uczkiewicz, Uczkiewiczowi…

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Pan profesor Miodek niedawno jeszcze raz przypominał, że w polskim języku nazwiska są odmieniane, co mi często sprawa duże kłopoty.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Przepraszam najmocniej , akurat nie słuchałam pana Miodka. Dziękuję panu Jackowi Uczkiewiczowi, prezesowi NIK, za przedstawienie informacji. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów i zaproszonych gości ma jakieś pytania? Bardzo proszę.

Członek Rządowej Rady Ludnościowej Janusz Szymborski:

Janusz Szymborski. Pozwolę sobie zabrać głos dzisiaj w imieniu osób starszych, być może nawet w imieniu Obywatelskiego Parlamentu Seniorów. Chciałbym powiedzieć, że ten dokument, który prezentuje NIK, jak i wszystkie pozostałe dotyczące opieki zdrowotnej, jest wszechstronny, znakomity pod względem diagnostycznym i wynikowym. I z tego powodu, że on jest tak dobry i reprezentowany przez instytucję o tak wielkim prestiżu społecznym, chciałbym zwrócić uwagę na dwie rzeczy, których mi tutaj brakuje, tzn. jednej brakuje, a z drugą bym dyskutował.

Wszystkie raporty NIK, także ten dotyczący opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, wskazują na wiele dysfunkcjonalności w ochronie zdrowia. Tymczasem z wniosków adresowanych do ministerstw, w tym do MZ, odnosi się takie wrażenie,

że gdyby pan minister coś zrobił systemowego dla osób starszych, to wszystko by było w porządku. Tego się nie da, to udowadnia każda kontrola NIK. Tego się nie da zrobić bez zmian systemowych w ochronie zdrowia. I wydaje mi się, że i z tego raportu NIK powinno wynikać wsparcie dla ministra Radziwiłła, który taki zamiar ogłosił. Ten system wprowadzony 15 lat temu jest obarczony tyloma dysfunkcjami; cóż mówić o jakości, przecież to w tym systemie jest zawarta idea, że liczy się ilość, a nie jakość, że nie ma integracji, nie ma współdziałania pomiędzy poszczególnymi systemami.

Pan minister mówił o jednorodnych grupach pacjentów. To jest jeszcze jeden przykład na to, że główna konkluzja powinna być taka, że sytuacja osób starszych jest powodem do przemyślenia polityki społecznej i polityki zdrowotnej w ogóle: w jakim stopniu są one przyjazne ludziom, wszystkim, i starym, i młodym, dlatego chcę bardzo podziękować pani z towarzystwa alzheimerowskiego, której wypowiedź była niezwykle merytoryczna, ale która zwróciła uwagę na tę jedną, zasadniczą rzecz, że nam nie chodzi tylko o starych. Choroby, upośledzenia, choroby poznawcze dotykają ludzi w każdym wieku i powinien ulec zmianie cały system ochrony zdrowia. To jest jedna sprawa, która wynika z wszystkich kontroli NIK, a takiego wniosku, postulatu o systemowe zmiany w ochronie zdrowia, zabrakło.

I sprawa druga – dotyczy powiązania przemian demograficznych ze skutkami dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Niestety to się też znajduje w raporcie NIK: na pierwszym miejscu starzenie się społeczeństwa ma odpowiadać za wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Takie postawienie sprawy zdaje się usprawiedliwiać to, że ten system opieki zdrowotnej źle funkcjonuje, bo winni są starzy, winne jest starzenie się, winna jest rosnąca liczba osób starszych. Badania pokazują, że nie ma istotnego związku pomiędzy zwiększeniem liczby osób starszych i zwiększeniem kosztów opieki zdrowotnej. To nie starzy odpowiadają za wzrost cen leków, cen aparatury, sprzętu medycznego i za koszty administracyjne funkcjonowania tego systemu. Dlatego gdy tylko mogę zabrać głos, zawsze zwracam uwagę na to, byśmy nie uogólniali i nie obarczali osób starszych tym, że system jest dysfunkcjonalny także w opiece nad osobami starszymi, bo nie ma na to wystarczających dowodów. Nie chcę już tego tematu rozwijać, rozwijałem go na konferencji, gdyby pan prezes był zainteresowany, przekażę to wystąpienie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze momencik, panie prezesie, bo tutaj pan prosił również o zabranie głosu.

Członek Rady Polityki Senioralnej przy MRPiPS Jerzy Stochmiałek:

Jeśli można. Jerzy Stochmiałek, Rada Polityki Senioralnej przy MRPiPS. Bardzo dziękuję za raport NIK, jest bardzo dobrze zoperacjonalizowany, porusza bardzo szczegółowe kwestie. Chciałem się skupić tylko na jednym elemencie, w moim przekonaniu kluczowym. Mianowicie chodzi mi o program systemowy Wsparcie kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, dokładnie chodzi mi o kwestie kształcenia, dokształcania i doskonalenia kadry lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, terapeutów, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych. Chciałbym wiedzieć, w jakiej fazie jest aktualnie projekt i czy sejmowa Komisja mogłaby się zwrócić z formalną prośbą do ministerstwa o przedstawienie – nie wiem, w tej chwili, zdaje się, nie będziemy mogli uzyskać kompetentnej odpowiedzi, ale są wydawane dość pokaźne środki, a jednocześnie wydaje się, że dla opieki geriatrycznej to ma niezwykle istotne znaczenie. A więc chodziłoby mi o aktualizację tego, wypowiedź ministerstwa, co się w tym zakresie robi, jakie znaczenie ma dobór celu kształcenia, treści kształcenia, kto kształci, jakie są efekty kształcenia. Jednym słowem pewna ewaluacja tego projektu. NIK przedstawił taki ogólny zarys problemu. Interesowałyby mnie bardziej szczegółowe informacje na temat kształcenia, dokształcania, w tym z danymi, ile gmin w tym uczestniczy oraz jakie są obowiązki pewnych instytucji w tym zakresie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę panią profesor.

Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, panie prezesie, jedyna rzecz, która jest zielonym światłem być może, to fakt, na który chciałam zwrócić uwagę, co się zmieniło od czasu państwa badań. W tej chwili obowiązkowo w efektach kształcenia lekarzy pojawiły się efekty kształcenia z geriatrii, co oznacza, że przynajmniej potencjalnie wszystkie uczelnie prowadzą zajęcia z geriatrii. To jest nowa informacja. Osobną rzeczą jest, na ile uczelnie są przygotowane w sensie kadry i bazy. Ale przynajmniej potencjalnie takie możliwości w nowych programach kształcenia, które są w tej chwili wprowadzane, się pojawiły. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Czy ktoś z państwa zaproszonych gości? To jeszcze pan przewodniczący Michał Szczerba.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Chciałem zwrócić uwagę na to, co poruszył pan prezes, a mianowicie, że zostały opracowane standardy opieki geriatrycznej i ich nie opracował zespół, powiedziałbym, o charakterze społecznym, tylko zespół ds. gerontologii powołany przez ministra zdrowia. Bardzo chciałbym podziękować panu prezesowi, że załącznikiem do raportu NIK są właśnie te standardy. Problemem jest to, że one, co słusznie pan prezes zauważył, nie zostały wprowadzone w życie w formie powszechnie obowiązującego prawa. W związku z tym rozumiem, że one mogą być traktowane jako pewna dobra praktyka, czy zalecenie zespołu, ale dopóki nie mają one formy prawa, to są w dużej mierze bezużyteczne i nie wpływają ani na jakość, ani na efektywność leczenia pacjentów, czyli wpływ tych standardów jest bardzo ograniczony. Więc na pewno wnioskiem, który powinniśmy sformułować, analizując ten bardzo ważny raport, jest jednak zachęcenie ministra zdrowia do tego, aby tym standardom, być może po jakimś przeglądzie wynikającym też z upływu czasu – pani profesor Wieczorowska mówiła o pewnych zmianach – nadać formę powszechnie obowiązującą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani i potem pani.

Członek Zespołu Ekspertów ds. Polityki Senioralnej Urszula Stanowska:

Urszula Stanowska. Ja kilka ogólniejszych uwag. Po pierwsze wydaje mi się, że może byłoby lepiej, gdyby porządek dzisiejszego spotkania był odwrotny, bo np. ja po wysłuchaniu raportu i zapoznaniu się z nim, miałabym pytania do ministra zdrowia, który już opuścił nasze zgromadzenie. Generalnie uważam, że bardzo mało mówimy o profilaktyce w systemie zdrowia ogólnie i bardziej szczegółowo, jeżeli chodzi o poszczególne grupy, przy czym profilaktyka zdrowotna od początku jest profilaktyką gerontologiczną, dlatego że dość wcześnie zaczynamy się starzeć, zwłaszcza w związku z wydłużeniem życia. Ja w ogóle , mówiąc szczerze, tego nie widzę w systemie, nawet jeżeli to formalnie istnieje, to, to moim zdaniem zupełnie nie działa. Zajmuję się tym na co dzień i wiele by tu było do zrobienia. Kwestia profilaktyki jest wspomniana w raporcie NIK, ale szkoda, że tylko o tym napomknięto, bo to jest dla mnie podstawowa sprawa. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, jeszcze pani i potem już pana prezesa poproszę o udzielenie odpowiedzi.

Dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN Maria Barcikowska -Kotowicz:

Mam bardzo krótkie pytanie. W środowisku gerontologów krąży opinia, że NIK przygotowuje raport na temat choroby Alzheimera i otępienia. Czy on jest zwarty w tym, co przeczytaliśmy, czy to się jeszcze pojawi? Tylko to. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, pani profesor. Proszę pana prezesa o udzielenie odpowiedzi.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Raport nie jest tu zawarty, ponieważ ta kontrola: opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera – podjęta zresztą z inicjatywy Komisji, jak pan przewodniczący powiedział — jeszcze się nie skończyła. Ona trwa w tej chwili. Raport w tej sprawie według planu jest przewidywany na przełomie października i listopada. Ale tutaj to nie jest uwzględnione.

Jeśli można, krótko się ustosunkuję – chcę być bardzo dobrze zrozumiany, nie ma we mnie krzty polemiki, wręcz przeciwnie, to, co powiem, powiem z największą życzliwością. Otóż pan Szymborski stwierdził, że odczuwa niedosyt. Odpowiem, że niedosyt jest zdrowszy od przesytu, ponieważ niedosyt, wyrażony przez pana, jest inspirujący, prowadzi do refleksji i być może do znajdowania lepszych rozwiązań. A przesyt, jak wiadomo, prowadzi do lenistwa. Chcę jednak powiedzieć – i to muszę sprostować z całą stanowczością – że absolutnie nie było intencją NIK, nie jest i nigdy nie będzie przedstawianie sprawy tak, że za ten stan rzeczy odpowiadają osoby starsze, że starość jest przyczyną problemów. Nie. Wręcz przeciwnie, jak powiedziałem, podejmujemy wiele działań, nie tylko kontrolnych, ale również popularyzacyjnych, żeby wskazać na problem cywilizacyjny, który powinien być dostrzegany przez gremia decyzyjne w Polsce przy planowaniu strategicznym. I jeżeli pokazujemy problem osób niepełnosprawnych, podbudowujemy to problemami demograficznymi, to właśnie po to, żeby pokazać – to jest taki czas i władza publiczna każdego szczebla musi to uwzględnić w swoich działaniach. Takie jest przesłanie tego i każdego naszego innego raportu. Ja z tego wyprowadzam wniosek, że niezbyt dokładnie naszą ideę wyraziliśmy, ale nigdzie nie znajdzie się w informacji jakiegokolwiek werbalnego sformułowania, które by uzasadniało taką tezę.

I sprawa postulatu generalnej rewizji systemu opieki zdrowotnej. NIK wypowiada się w zakresie objętym tematyką kontroli, a tematem kontroli, którą referowałem, nie było funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej. Taka kontrola musiałaby być, wyobrażam sobie, bardzo długotrwała. Kontrola, o której mówiliśmy, po pierwsze została poprzedzona bardzo ciekawą dyskusją w gremium najlepszych specjalistów w Polsce od geriatrii, problemów osób starszych; panel ekspertów był niezwykle owocny i bardzo nam pomógł w układaniu szczegółowych kierunków działań kontrolnych. Ale też przeznaczeniem tego raportu – przecież nie bez kozery ten i dziesiątki innych raportów kierujemy właśnie do parlamentu – było, ażeby refleksja nad tym, na ile należy modyfikować system i gdzie, rodziła się we właściwym miejscu. Dlatego będę bronił stanowiska izby, bo naszym raportem to zadanie spełniliśmy. Pokazaliśmy bardzo ważny problem społeczny, perspektywę, nieuchronność, odpowiedzialność władz, stan rzeczy – proszę bardzo, voilà – pora na ministra zdrowia, pora na parlament. Ale też przy okazji, drodzy państwo, chcę powiedzieć – nie tylko parlament. Tu musiałbym nawiązać do wypowiedzi pani minister, bo tu jest kolosalna rola również dla samorządów terytorialnych. Z innych kontroli, zresztą omawianych też w komisjach, rysuje się taki wniosek, że nie wszędzie osoby starsze były traktowane przez organy samorządów jako pełnoprawni członkowie samorządu, którym się należą prawa wynikające z wieku. Ale to na marginesie, to osobny temat, pokazujemy go przy okazji innych kontroli.

Jeśli chodzi o standardy, jak powiedziałem, jest to pewna klasyka. Minister w swojej odpowiedzi, której udzielił NIK, do kwestii tych standardów w ogóle się nie odniósł, ale po to też omawiamy ten temat publicznie, ażeby sprawa nie umarła. Czy coś pominąłem, przepraszam bardzo?

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu Jackowi Uczkiewiczowi, prezesowi NIK, za przedstawienie informacji.

Przechodzimy do trzeciego punktu naszego posiedzenia. Proszę pana prezesa NIK o przedstawienie sprawozdania z działalności NIK w zakresie działania Komisji. Bardzo proszę.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Dziękuję bardzo, szanowna pani przewodnicząca. Szanowni państwo, jest pewien problem, dlatego że jest tu pytanie o zakres działania Komisji. Jeżeli podejmujemy temat funkcjonowania służby zdrowia, to on najczęściej dotyczy również osób starszych, organizacji, wyceny świadczeń. Ale gdyby się skupić tak literalnie na adresowanych tema-

tach ogłoszonych w ub.r., to trzeba wymienić następujące kontrole. Tę, którą dzisiaj prezentowałem; drugą – funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej, to była bardzo ciekawa kontrola przeprowadzona przez delegaturę NIK w woj. dolnośląskim; działalność OPS-ów w zakresie rozpoznawania sytuacji społecznej, ale również w aspekcie rozpoznawania potrzeb osób starszych; kontrola świadczenia pomocy osobom starszym realizowanej przez gminy. To są cztery takie kontrole, które były wybitnie poświęcone problematyce osób w wieku podeszłym. O ile mi wiadomo, wszystkie były przedmiotem dyskusji na posiedzeniach komisji sejmowych.

Chcę również przytoczyć to, o czym wspomniałem już, że niezależnie od działalności kontrolnej, NIK prowadzi działalność popularyzatorską, organizując osobne seminaria tematyczne; w sprawie opieki nad osobami starszymi również takie seminaryjne otwarte posiedzenie kolegium było przeprowadzone. Tyle w dużym skrócie, ponieważ nie chciałbym cytować informacji ze sprawozdania z działalności NIK, które to sprawozdanie panie i panowie posłowie otrzymali.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (PO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie prezesie. Po pierwsze Komisja Polityki Senioralnej funkcjonuje od połowy 2014 r., de facto od trzeciego kwartału, więc można powiedzieć, że jeśli chodzi o rok 2015, to te kontrole, które zleciliśmy państwu, dopiero są w trakcie realizacji, ale rzeczywiście te tematy z listy, które odnoszą się do działań Komisji (przypomnę, że do zadań Komisji należą sprawy polityki państwa dotyczącej osób starszych) zostały bardzo szeroko zarysowane w regulaminie Sejmu. Na pewno ciekawą kontrolą, którą państwo przeprowadzili, jest kontrola świadczeń pomocy udzielanej osobom starszym przez gminy i powiaty. I będziemy oczywiście na posiedzeniu prezydium wnioskować, aby ten raport znalazł się w planie pracy na kolejne półrocze, tak samo jak opieka paliatywna i hospicyjna, która też w dużej mierze dotyczy starszych osób niesamodzielnych, to na pewno. Ale też chciałbym, ciesząc się, co zostało już dzisiaj kilkakrotnie poruszone, że będziemy mieć wreszcie wnioskowany przez nas raport dotyczący sytuacji chorych na alzheimera i wsparcia dla ich rodzin, będziemy mieć także trzy inne raporty, które państwo w planie pracy zawarli, a mianowicie opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy, temat związany z aktywizacją zawodową i łagodzeniem skutków bezrobocia osób powyżej 50. roku życia. Więc te wszystkie raporty pokazują po pierwsze, że i w poprzedniej, i w tej kadencji współpraca między NIK a Komisją, którą reprezentujemy, jest bardzo dobra i chciałbym bardzo serdecznie za tę współpracę podziękować panu prezesowi, myślę, że w imieniu całego prezydium, licząc na więcej. Dziękuję bardzo.

Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:

Jeśli można, pani przewodnicząca, szybciutko. Tak, pan przewodniczący ma rację, z tym że referowałem te sprawy, które były ogłoszone i wynikały ze sprawozdania z działalności za rok ubiegły. Część tych kontroli, np. kwestia pracy, była publikowana wcześniej, nie w tym roku. Ale chcę powiedzieć już takie moje osobiste zdanie, że z dużą radością przyjąłem informację o utworzeniu Komisji Polityki Senioralnej w parlamencie, ponieważ jestem przekonany, że w Polsce jesteśmy z tyłu za wieloma państwami europejskimi w podejściu do rozwiązania problemów seniorów i nadawanie tym sprawom należnej im rangi jest sprawą pierwszoplanową. Ja także pozwolę sobie w imieniu izby wyrazić bardzo pozytywną opinię, jeśli idzie o współpracę z Komisją, dziękuję za inspiracje, dziękuję za to, że mamy takie forum do prezentowania właśnie tych specyficznych problemów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo panu prezesowi. Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie do wiadości i pozytywnie je zaopiniowała.

Dziękuję przedstawicielom rządu, dziękuję panu prezesowi, dziękuję naszym ekspertom polityki senioralnej, dziękuję wszystkim zaproszonym gościom. Dziękuję bardzo. Zamykam 17. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.